

## GEROINFO. PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

### Tratamiento de la ansiedad en el adulto mayor.

**Autora:** [Raquel Pérez Díaz.](#)

Lic. Psicología. MsC. Medicina Natural y Tradicional.

Centro de Investigaciones sobre Envejecimiento, Longevidad y Salud (CITED).

Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

CP 10400.

[geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

El envejecimiento poblacional en el mundo y en Cuba, ha ocasionado un crecimiento del grupo de los adultos mayores. La presencia de enfermedades múltiples, entre las que se destacan las mentales, ha atraído el interés de la Psicología por la investigación de este grupo etéreo. Entre las enfermedades mentales, están aquellas en que la ansiedad es relevante, especialmente se destacan los trastornos de ansiedad.

Este artículo aborda algunos aspectos a tener en cuenta para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en los adultos mayores resaltando el valor que las terapéuticas no medicamentosas tienen, así como las medicamentosas a la luz de los conocimientos actuales de la ciencia.

**Palabras claves:** ansiedad, trastornos de ansiedad, tratamiento, tratamiento medicamentoso, tratamiento no medicamentoso, adulto mayor.

- **Introducción.**

El crecimiento del grupo de adultos mayores ha desarrollado el interés de la Psicología por la investigación de este grupo etéreo y en este campo las investigaciones se han centrado en las múltiples entidades mentales que se observan en estas etapas, dentro de las cuales se destacan los trastornos de ansiedad.

El Glosario Psiquiátrico Americano define a la ansiedad como "aprensión, tensión o inquietud, por la anticipación de un peligro cuya fuente es mayormente desconocida o no reconocida. Fundamentalmente de origen intrapsíquico, se distingue del miedo, que es la respuesta emocional a una amenaza o peligro reconocido conscientemente y usualmente externo. Puede ser vista como patológica cuando interfiere con la efectividad en la vida, en la obtención de metas deseadas o de satisfacción o con el bienestar emocional razonable"(1)

Los trastornos de ansiedad son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia alta y cuyos resultados son variables, según los estudios (2-5). Los trastornos de ansiedad del anciano en general tienen una prevalencia de 5-10%, siendo los trastornos de ansiedad generalizada y las fobias las más frecuentes (3, 4).

Varios autores destacan la alta comorbilidad de los trastornos de ansiedad generalizada en el adulto mayor con la depresión, específicamente con la depresión mayor (6-10).

Los diversos estudios epidemiológicos nos señalan que varios factores están relacionados con el envejecimiento: aislamiento social, descenso de la autonomía, dificultades económicas,

declive del estado de salud, la proximidad a la muerte, entre otros por lo que esto nos haría prever un incremento de los trastornos de ansiedad en los ancianos. A su vez, los mismos son muchas veces atípicos en los adultos mayores y están infradiagnosticados ya que en parte, los estudios epidemiológicos están basados en el DCM IV con criterios diagnósticos para adultos más jóvenes, sin considerar sus particularidades en el anciano y por otro lado, hay una mayor comorbilidad con trastornos médicos y depresiones, los ancianos suelen estar polimedamentados y sufren cambios psicosociales importantes los que no son tenidos en cuenta muchas veces en los diagnósticos.

Este artículo aborda algunos aspectos a tener en cuenta para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en los adultos mayores resaltando el valor que las terapéuticas no medicamentosas tienen, así como las medicamentosas a la luz de los conocimientos actuales de la ciencia.

### **Tratamiento no medicamentoso.**

En el adulto mayor son de gran valor un conjunto de procedimientos psicológicos que facilitan el abordaje de la ansiedad para el logro del bienestar del geronte. Se ha destacado que las técnicas no medicamentosas son de vital importancia y que el tratamiento medicamentoso se empleará sólo en aquellos casos en que resulte imprescindible para el anciano; se admite, en ocasiones, el empleo combinado de procedimientos no medicamentosos y fármacos. Algunas de estas intervenciones no medicamentosas son expuestas a continuación:

### **Medidas de apoyo psicológico (Counseling)**

El psicólogo ha de abordar al paciente con un trastorno de ansiedad mediante la escucha, la contención y una serie de técnicas de ayuda:

## Técnicas de ayuda (*counseling*) para el paciente con trastorno de ansiedad

- |    |   |
|----|---|
| 1. | Facilitar el discurso y la verbalización de los conflictos en las primeras entrevistas, sin intentar forzosamente hacer un diagnóstico exacto de entrada                          |
| 2. | Neutralizar primero las ansiedades más intensas del paciente. Una actitud de escucha empática y serena (hablar con voz baja y pausada, sin prisa) ayuda a conseguir este objetivo |
| 3. | Explicar el significado de la ansiedad y tranquilizar al paciente. No contagiarnos de su ansiedad   |
| 4. | En los pacientes somatizadores intentar separar la somatización de los conflictos psicosociales y abordar estos últimos abiertamente  |
| 5. | Enseñar al paciente técnicas de control de la respiración o de relajación, para que pueda controlar los síntomas de los trastornos de ansiedad                                    |
| 6. | Animar al paciente a realizar pequeños cambios positivos en su vida, para experimentar que puede tener algún control sobre lo que le sucede. Favorecer una conducta asertiva      |
| 7. | Impulsar al paciente a establecer un sistema de relaciones de soporte entre iguales (potenciar las relaciones amistosas, sociales y de cooperación)                               |

**Tomada de Trastornos de ansiedad. Curso virtual. Disponible en:**  
<http://www.emel7/ans/ansiedad.html> (11)

Diversos tipos de psicoterapia son de gran utilidad tanto para la ansiedad. Se aplicarán:

**La terapia de apoyo.** Consiste en escuchar con interés, explicar y tranquilizar al paciente. Se precisa de una actitud empática y comprensiva por parte del psicólogo, así como directiva, pero no rígida ni autoritaria, utilizando la sugestión y la desdramatización y dando seguridad al paciente para desarrollar su vida con normalidad. Este tratamiento suele ser suficiente en trastornos de ansiedad leves y cuadros adaptativos.

**Las entrevistas de contención** De orientación dinámica, ayudan a entender los síntomas y a

os conflictos subyacentes. Consiste en observar, comprender y recibir las ansiedades de otra persona y devolvérselas de un modo más elaborado de manera que puedan ser aceptadas por el paciente favoreciendo el pensar y hacerse cargo de las mismas. Son útiles si el paciente tiene una capacidad de introspección "insight" suficiente.

**Las técnicas cognitivo-conductuales.** Entre éstas están la mejora de las habilidades sociales, el entrenamiento asertivo, las técnicas de exposición gradual al estrés, técnicas de resolución de conflictos, entre otras. Pueden ser utilizadas pues son sencillas y han demostrado su eficacia (12).

Se destacan en las Terapias Conductuales, los tratamientos con empleo de la relajación, especialmente la Relajación Muscular Progresiva sobre todo en los trastornos de ansiedad generalizada, los ataques de pánico y en la fobia social. (12-15). También se ha destacado la eficacia del empleo de Técnicas de Exposición a eventos temidos a través de la desensibilización sistemática, así como la combinación de la misma con la respiración y la visualización en las fobias y los trastornos obsesivo-compulsivos (12,16). El empleo de técnicas como: Biofeedback, la meditación, el entrenamiento en habilidades sociales, en el entrenamiento afectivo y en técnicas participativas han sido señalados como positivos en el tratamiento de la ansiedad en el anciano (17-22)

### **Tratamiento medicamentoso**

El proceso de envejecimiento trae consigo cambios biológicos relacionados con la edad que tiene influencia en el tratamiento farmacológico que empleemos. De esta forma, en cuanto a la farmacocinesia: la absorción sufre escasas modificaciones, si bien hay una distribución

diferente de la masa corporal (menor cantidad de agua corporal, menos agua extracelular, menores volúmenes plasmáticos, disminución de albúmina, menor tejido adiposo, metabolización hepática reducida y eliminación renal más larga). En cuanto a la farmacodinamia: hay una disminución del número de determinados receptores y neurotransmisores, reducción de la monoaminoxidasa y cambios estructurales y funcionales de los órganos dianas, ejemplo, mayor sensibilidad del Sistema Nervioso Central al efecto depresor de las benzodiazepinas ( 23) por lo que deben emplearse con sus especificidades para la tercera edad.

A continuación enumeramos algunos efectos adversos de las benzodiazepinas que encontramos a menudo en el adulto mayor muy relacionado con una dosis elevada medicamentosa, polifarmacia o automedicamentación sin control de los especialistas..

#### **Efectos adversos de las benzodiazepinas.**

- Somnolencia, sedación, ataxia y amnesia anterógrada
- Cefalea, vértigo, desorientación, temblor, disartria, dispepsia, alteraciones visuales, disminución de la libido, retención urinaria.
- Ictericia, erupción urticariforme, prurito, ginecomastia, alteraciones hematológicas.
- Reacción paradójica: agresividad, pesadillas, hiperactividad, insomnio, alucinaciones.

---

En el anciano la sedación excesiva muchas veces trae síndrome de amnesia, trastornos

cognitivos, problemas respiratorios, reacciones paradójales, intoxicación, cambios conductuales (24-25). También se le ha asociado a sedación excesiva con el riesgo de caídas en el adulto mayor (26). Las benzodiazepinas están contraindicadas en pacientes con apnea del sueño y en aquellos que estén recibiendo una terapia electroconvulsiva. El riesgo de sufrir un accidente motor de tránsito se ha reportado en aquellos adultos mayores que han tomado benzodiazepinas de acción larga tales como el diazepam, clonazepam, clordiazepóxido (27). Si bien ellas han sido ampliamente recomendadas en el anciano cuando son de acción corta (28-34).

El manejo terapéutico medicamentoso en el anciano ha de ser evaluado para ver si es necesaria su utilización o no ya que no siempre el cociente riesgo-beneficio es aceptable, hay que tener en consideración las particularidades de esta edad en la que se imponen modificaciones biológicas que pueden tener repercusión en la farmacodinamia y la farmacocinética de las sustancias que usemos.

Es importante seleccionar la molécula adecuada para el padecimiento del paciente. En las tablas que se presentan seguidamente aparecen las estrategias de tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad en el anciano, así como las pautas de utilización de algunas benzodiazepinas en la tercera edad.

## Estrategias de tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad en el anciano.

---

Trastorno	Tratamiento de elección	Tratamiento alternativo
T. Pánico con o sin Agorafobia	Alprazolam/ ISRS (paroxetina)	Clomipramina Imipramina

---

T. Ansiedad Generalizada	Benzodiacepinas (Lorazepam, Alprazolam,	Antidepresivos sedantes ISRS (Paroxetina, Fluoxetina Clonazepam)
-----------------------------	--	--

---

T. Obsesivo compulsivo	Antidepresivos ISRS	Clomipramina
------------------------	---------------------	--------------

---

Fobia social Generalizada	Antidepresivos ISRS	Benzodiacepinas
Específica	Betabloqueadores	Buspirona
Fobia específica	Benzodiacepinas	Betabloqueadores

---

Ansiedad severa	Neurolépticos
-----------------	---------------

Demencia

Tomado de Aguera Ortiz LF, Aragues Figuero M, 2002 (23)



Debido a la gran comorbilidad de la ansiedad con los trastornos depresivos(24,25,27,35) se emplean antidepresivos que son de gran utilidad en el tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad en la edad geriátrica e incluso se combinan con las benzodiazepinas. Se han recomendado especialmente aquellos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina y la paroxetina. Se comienzan con dosis muy bajas y se aumentan lentamente para evitar un incremento inicial de la ansiedad. Diversos estudios así lo avalan el valor del uso de antidepresivos en el tratamiento de ansiedad combinada con depresión, se ha ido reconociendo el valor del uso del velafaxina como una opción excelente en el tratamiento medicamentoso de la ansiedad en comorbilidad con la depresión, en el adulto mayor, así como para los desórdenes de ansiedad generalizada en el anciano (35-56)

Los neurolépticos son empleados en los marcos de la ansiedad que surge en el contexto de los trastornos orgánicos cerebrales, por ejemplo la demencia, y a la ansiedad severa que no cede adecuadamente con las benzodiazepinas.

En general ambos tratamientos, el psicoterapéutico y el medicamentoso son empleados en el abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad en el adulto mayor. Siempre que sea posible se evitará el uso de medicamentos y de ser necesario tratándose de emplear con precaución y en dosis adecuadas. Se debe emplear la dosis terapéutica menor e ir aumentándola paulatinamente, nunca emplear altas dosis. Los tratamientos con benzodiazepinas requieren reevaluación clínica, y su supresión es paulatina y gradual.

- **Conclusión**

Debemos considerar que la ansiedad, específicamente los trastornos de ansiedad en el adulto mayor son frecuentes y necesitan ser tratados adecuadamente a fin de lograr un bienestar emocional favorable en el anciano. El tratamiento de elección debe ser el no medicamentoso pero en caso de que se requiera se empleará en combinación con fármacos. Las especificidades de estas terapéuticas aun son objeto de investigación por todos aquellos que, de manera científica, abordamos el bienestar biopsicosocial del adulto mayor.

- **Referencias Bibliográficas**

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 2- Manual Merck de Geriatria. 2da. ed. Madrid: Harcourt, 2001.
- 3- Tolin, D.F., Robison, J.T. y Blank, K. Anxiety disorders in older Puerto Rican primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005.13(2):150-6.
- 4- Haroa, J.M., Palacina, C., Vilagutb, G., Martínez, M., Bernala, M, Luquea, I., Codonyb, M., Dolza, M., Alonso, J. y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin*, 2006.126(12):445-51.
- 5- Folks, D.G y Fuller, W.C. Anxiety disorders and insomnia in geriatric patients. *Psychiatric Clinics NA*, 1997.20 (1): 137-164.
- 6- Steffens, D. C. y Mc Quoid, D. Impact of Symptoms of Generalized Anxiety Disorder on the Course of Late-Life Depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005. 13(1): 40 - 47.
- 7- Schoevers, R. A., Deeg, D.J.H., Van, T. y Beekman A.T.F. Depression and Generalized Anxiety Disorder: Co-Occurrence and Longitudinal Patterns in Elderly Patients *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005. 13(1): 31 - 39.
- 8- Roux, H., Gatz, M. y Wetherell, J.L. Age at Onset of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005. 13(1): 23 - 30.
- 9- Flint, A. J. y Rifat, S.L. Relationship Between Clinical Variables and Symptomatic Anxiety in Late-Life Depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2002.10(3): 292
- 10- Beurs, de E., Beekman, A., Geerlings, S., Deeg, D., Van Dyck, R. y Van, W., T. On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *Br. J. Psychiatry*, 2001.179(5): 426 - 431.
- 11- Trastorno de ansiedad. Curso virtual. En: [http:// www.emel7/emel7/ans/ansiedad.html](http://www.emel7/emel7/ans/ansiedad.html)
- 12- Koenig, H.G. y Blazer, D.G. (2003). Depression, Anxiety, and other Mood Disorders. *Geriatric Medicine and evidence-based approach*, 2003. New York: Springer 1163-1183.

- 13- Jacobson, E. *Progressive Relaxation*. 1938. Chicago University Press: Ed-Chicago.
- 14- Gift, A.G, Moore, T. y Soeken, K. Relaxation to reduce dyspnea and anxiety in COPD patients. *Nurs Res*, 1992. 41,242-246.
- 15- Holland, J.C, Morrow, G.R y Schmale, A. A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patient with anxiety and depressive symptoms. *J Clin Oncol*, 1991. 9, 1004-1011.
- 16- Wolpe, J. *The Practice of Behavior Therapy*. 1973. New York: Pergamon Press.
- 17- Hussian, R.A. *Geriatric Psychology: a Behavioral Perspective*.1981 New York: Van Nostrand Reinhold.
- 18-Arias, C.P. La utilidad de la meditación como modalidad terapéutica. Parte I. *Rev Cubana Med Gen Integ*, 1998. 14(2):174-9
- 19- Del Monte, M. Constructivist view of meditation. *Am J Psychother*, 1987.41(2):286-98.
- 20- Bogart G. The use of meditation in psychotherapy: A review of the literature. *Am J Psychote*, 1991. 45(3):383-412.
- 21-Zamarra, J.W., Schneider, R.H., Besseghini, I., Robinson, D.K. y Salermo J.W. Usefulness of the transcendental meditation program in the treatment of patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol*, 1996. 77(10):867-70.
- 22-Kaplan, K.H., Goldenberg, D.L. y Galvin, N.M. The impact of meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry*, 1993. 15(5):284-9.
- 23- Aguerra, O.L F. y Araguez, F.M. Psicofarmacología Geriátrica. *Salud Mental*. 2002. En: [http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria./htm/información\\_sociedad/manual/guia/htm](http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria./htm/información_sociedad/manual/guia/htm)
- 24-Salzman, C. (2000). Mood disorders. In C. E. Coffey & J.L. Cummings (Eds), *Textbook of geriatric neuropsychiatry*. (2<sup>nd</sup> ed.) 2000. Washington, DC: American Psychiatric Press. 313-328

- 25-Sheikh, F.I. Anxiety disorders. En C. E. Coffey & J.L. Cummings (Eds), *Textbook of geriatric neuropsychiatry*. (2<sup>nd</sup> ed.).2000 Washington, DC: American Psychiatric Press. 347-366
- 26- Julien, R. M. *A primer of drug action: A concise, nontechnical guide to the actions, uses, and side effects of psychoactive drugs*. (9<sup>th</sup> ed.). 2000 New York:Worth.
- 27-Bezchlibnyk-Butler K.J. y Jeffries J.J. *Clinical hand-book of psychotropic drugs* (11th rev.ed.) 2001Seattle, WA: Hogrefe&Huber.
- 28-Jerrold, F., Rosenbaum, MD., Charles, P.O., Brien, M.D., Michael,W., Mark H., Peter, P., Roy- Byrne, Samantha, A. y Stewart, M.D. *Benzodiazepines: Revising Clinical Issues in Treating Anxiety Disorders*. *J Clin Psychiatry*. 2005 7(1):23-32.  
<http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=1076477>
- 29- James, C., Ballenger, M.D., Jonathan, R.T.,Davidson M.D., Yves Lecrubier M.P.y David, J. N. (International Consensus Group on Depression and Anxiety). *A Proposed Algorithm for Improved Recognition and Treatment of the Depression/ Anxiety Spectrum in Primary Care Companion*. *J Clin Psychiatry*. 2001 3(2)
- 30- Dubovsky, S.L. *Generalized anxiety disorder: new concepts and psychopharmacologic therapies*. *J Clin Psychiatry*, 1990. 51(1, suppl):3–10
- 31- Shader, R.I. y Greenblatt, D.J. *Use of benzodiazepines in anxiety disorders*.*N Engl J Med*, 1993. 328:1398–1405
- 32-Schweizer, E. y Rickels, K. *Strategies for treatment of generalized anxiety in the primary care setting*. *J Clin Psychiatry* 1997.58(suppl 3):27–31
- 33-Schweizer, E. *Generalized anxiety disorder: longitudinal course and pharmacologic treatment*. *Psychiatr Clin North Am*, 1995. 18:843–857
- 34- Burke, W.J., Folks, D.G.y Mc Neilly, D.P. (1998). *Effective use of anxiolytics in older adults*. *Clin Geriatr Med*, 1998 14:47–65
- 35- De la Fuente, E. *Pharmacologic and Nonpharmacologic Options for Anxiety and yDepresión in Late Life*. *J am Psychiatr Nurses Assoc*. December 2001.7(6):58-513.  
<http://www.apna.org>
- 36-Sramek, J.J., Tansman, M., Suri, A., et al. *Efficacy of buspirone in generalized anxiety*, 1996.

- 37-Sussman, N. The uses of buspirone in psychiatry. *J Clin Psychiatry Monograph*, 1994.12(1):3–19
- 38-Jefferson, J.W. Antidepressants in panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 1997, 58 (suppl 2):20–25
- 39-Tollefson, G.D., Holman, S.L., Sayler, M.E., et al. Fluoxetine, placebo, and tricyclic antidepressants in major depression with and without anxious features. *J Clin Psychiatry*, 1994. 55:50–59
- 40-Rickels, K., Downing, R., Schweizer, E., et al. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. *Arch Gen Psychiatry*, 1993. 50:884–895
- 41-Sheehan, D., Dunbar, G.C. y Fuell, D.L. The effect of paroxetine on anxiety and agitation associated with depression. *Psychopharmacol Bull*, 1992 28:139–143
- 42-Sheehan, D. y Harnett-Sheehan, K. The role of SSRIs in panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 1996. 57(suppl 10):51–58
- 43-Katzelnick, D.J., Kobak, K.A., Greist, J.H., et al. (1995). Sertraline for social phobia: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am J Psychiatry*, 152:1368–1376
- 44-Rocca, P., Fonzo, V., Scotta, M., et al. Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 2002. 95:444–450
- 45-Kuzel, R.J. Treating comorbid depression and anxiety. *J Fam Pract*, 1996 43(6, suppl):S45–S53
- 46- Kelsey, J.E. Venlafaxine in social phobia. *Psychopharmacol Bull*, 1995 31:767–771
- 47- Pollack, M.H., Worthington, J.J., Otto, M.W., et al. Venlafaxine for panic disorder: results from a double-blind, placebo-controlled study. *Psychopharmacol Bull*, 1996. 32:667–670
- 48- Geraciotti, T.D. Jr. Venlafaxine treatment of panic disorder: a case series. *J Clin Psychiatry*, 1995. 56:408–410
- 49-Zajecka, J.M., Fawcett, J. y Guy, C. Coexisting major depression and obsessive-compulsive disorder treated with venlafaxine [letter]. *J Clin Psychopharmacol*, 1990. 10:152–153

- 50- Khan, A., Upon, G.V., Rudolph, R. L, et. Al. The use of venlafaxine in the treatment of major depressive associated with anxiety: a dose- response study. *J Clin Psychopharmacol*, 1998. 18:19-25
- 51- Richelson, E. Pharmacokinetic drug interactions of new antidepressants: a review of the effects on the metabolism of other drugs. *Mayo Clin Proc*, 1997. 72:835-847
- 52-Sussman, N. Treatment of anxiety with buspirone. *Psychiatr Ann*, 1987. 17:114–117.
- 53-Nemeroff, C.B. Evolutionary trends in the pharmacotherapeutic management of depression. *J Clin Psychiatry*, 1994 55(12, suppl):3–15
- 54- Davidson, J.R., DuPont, R.L., Hedges, D., et al. Efficacy, safety, and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 1999. 60:528–535
- 55- Hackett, D., Parks, V. y Salinas E. A 6-month evaluation of 3 dose levels of venlafaxine extended-release in non-depressed outpatients with generalized anxiety disorder [poster]. Presented at the 19th annual conference of the Anxiety Disorders Association of America; 1999. March 25–28, San Diego, Calif
- 56- Haskins, J.T., Rudolph, R., Aguiar, L., et al. Venlafaxine XR is an efficacious short- and long-term treatment for generalized anxiety disorder [poster]. Presented at the 11th annual Congress of the European College of Neuropsychopharmacology. 1998 Oct 31–Nov 4, Paris, France